

Employee Health Insurance Responsibility Disclosure Form (formulario de declaración de seguro médico del empleado)

Usted completa este formulario porque ha rechazado participar en el plan del seguro médico patrocinado por su empleador y/o ha rechazado participar en el acuerdo de compra previo al cálculo de los impuestos "Plan Cafetería Sección 125" de su empleador. Un Plan Sección 125 no es un seguro médico; es una manera de comprar seguro médico previo al cálculo de los impuestos. Para obtener información sobre opciones económicas de seguro médico, visite la página web del Commonwealth Connector: www.mahealthconnector.org

Empleador	<i>Empleadores: Por favor, completen esta sección. Vean las instrucciones más abajo.</i>	
	Nombre del empleador: _____	
	Número de identificación federal del empleador (FEIN, por sus siglas en inglés): _____	
	Nombre comercial del empleador: _____	
Empleado	Dirección del empleador: _____	
	Ciudad Estado Código postal: _____	
	1. ¿Ofreció un "Plan Cafetería Sección 125" a este empleado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	2. ¿Ofreció un seguro médico patrocinado por el empleador a este empleado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	3. ¿Cuál es el monto que le corresponde pagar al empleado, en dólares, del costo mensual de la prima del plan médico individual menos costoso ofrecido por el empleador al empleado? (Si no ofreció seguro patrocinado por el empleador, deje este espacio en blanco)	\$ <input type="text"/>
	<i>Empleados: Por favor, completen esta sección. Vean las instrucciones más abajo.</i>	
	Nombre del empleado	Inicial del segundo nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido del empleado	Sufijo (por ejemplo : Sr., Jr.)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1. ¿Aceptó Ud. el seguro médico patrocinado por su empleador?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No ofreció ninguno <input type="checkbox"/>	
2. ¿Aceptó Ud. usar el "Plan Cafetería Sección 125" de su empleador?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No ofreció ninguno <input type="checkbox"/>	
3. ¿Tiene Ud. otro seguro médico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Declaración del empleado

Afirmo por la presente, bajo penalidad por falso testimonio, que toda la información provista aquí es veraz según mi conocimiento. También entiendo que si no tengo seguro médico podría ser responsable por el costo total de todo el tratamiento médico, que podría perder una parte o toda mi exención impositiva personal de Massachusetts y quedar sujeto a otras penalidades según la Ley General de Massachusetts c. 111M, que el Formulario de declaración de seguro médico del empleado incluye información que debe incluirse en mi declaración impositiva de Massachusetts y que debo guardar una copia del formulario firmado.

Firma del empleado

Fecha (Mes/Día/Año)

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

El empleado debe guardar este documento durante tres (3) años y ponerlo a disposición si lo solicita la Division of Health Care Finance and Policy y el Department of Revenue según lo requiera la reglamentación estatal 114.5 CMR 18.00.

Instrucciones

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del empleador

El empleador debe indicar el nombre legal de la compañía.

Nombre comercial

El empleador debe indicar el nombre comercial de la empresa, si corresponde.

Dirección del empleador

El empleador debe indicar la dirección comercial incluyendo la ciudad, estado y código postal.

Pregunta 1

El empleador debe indicar Sí o No.

Pregunta 2

El empleador debe indicar Sí o No.

Pregunta 3

El empleador debe declarar el monto que le corresponde pagar al empleado, en dólares, del costo mensual de la prima del plan médico individual menos costoso ofrecido por el empleador al empleado.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

Nombre del empleado

El empleado o empleador debe indicar el nombre del empleado.

Apellido del empleado

El empleado o empleador debe indicar el apellido del empleado.

Número de identificación impositiva o del Seguro Social del empleado

El empleador o empleador debe indicar el número de identificación impositiva o del Seguro Social del empleado.

Pregunta 1

El empleado debe indicar Sí, No o Ninguno ofrecido si no se ofrece seguro médico.

Pregunta 2

El empleado debe indicar Sí, No o Ninguno ofrecido si no se ofrece un "Plan Cafetería Sección 125".

Pregunta 3

El empleado debe indicar Sí o No.

Firma del empleado

El empleado debe firmar y fechar el Formulario de declaración de seguro médico del empleado.

Nota al empleador sobre la firma del empleado

Si el empleado se rehúsa a firmar y fechar el formulario, el rechazo debe hacerse constar por escrito y ser firmado por un representante autorizado de la compañía (por ejemplo, el dueño, supervisor o gerente, jefe ejecutivo, etc.).

Versiones alternativas de este formulario

Los empleadores pueden recrear su propia versión del Formulario de declaración de seguro médico del empleado. Sin embargo, se debe incluir toda la información, con las mismas palabras y orden y la secuencia y numeración de las preguntas debe ser exactamente igual a lo que aparece en la versión aprobada por el Gobierno del Estado de Massachusetts.